

HISTORIAL DE SALUD Y SEGURIDAD PARA GIRL SCOUT

Este historial de salud debe ser completado y firmado por los Padres/Tutor.

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	No. de Tropa	_
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	_
Padre/Guardián:	Re	lación:		_
Número de Teléfono	Teléfono secundario			
En Caso de Emergencia				
Teléfono de re	elación de	nombre		_
Teléfono de re	elación de	nombre		_
Nombre del teléfono del médico de familia				
Póliza de Seguro Médico Fa	amiliar/Hospital	Número d	e Grupo No	_
campamento y/o voluntario) a usar la informaci viajes, actividades de campamento, y otros ever ¿Tiene su Girl Scout alguna condición médica, le afectara su capacidad de participar activamente Si NO	ntos de Girl Scout. esiones/cirugías pasadas, o alg	guna condición físi		
Si es así, indique la(s) condición(es) médica(s) y ¿Hay alguna asistencia o adaptaciones especiale		•	·	NO
Si es así, favor de explicar: ¿Su Girl Scout tiene alguna alergia (alimentos, d Si es así, indique los detalles de la reacción alérg				
¿Su Girl Scout tiene epinefrina prescrito/requeri	do? 🗆 Si 🗆 NO ¿Tiene su Gir	Scout un inhalad	or asmático? □ Si □ NO	
¿Su Girl Scout toma regularmente medicamento Si DNO Si es así, explique cómo se debe administrar el to puede auto administrarse:	_			it?
¿Su Girl Scout tiene alguna restricción/modifica Si es así, proporcione los detalles:	ción de alimento(s) □ Si □ N	0		
¿Está su Girl Scout al día con todas las vacunas y vacunas contra el tétanos, según sea necesario para la escuela? 🗆 Si 🗆 NO				

Permisos Por favor, lea las declaraciones e inicie en el espacio proporcionado

COVID-19 es un virus extremadamente contagioso que se propaga fácilmente a través del contacto de persona a persona. Al igual que con cualquier actividad social, la participación en Las Girl Scouts podría presentar el riesgo de contraer COVID-19. Mientras que las Girl Scouts de Greater Nueva York (GSGNY) toma todas las precauciones de seguridad y prevención, GSGNY no puede de ninguna manera garantizar que la infección COVID-19 no ocurrirá a través de la participación en programas de Girl Scout, eventos, actividades, etc.	Transporte La responsabilidad de los Líderes de Tropa termina al final de la Reunión de Tropa. El padre o tutor es responsable del transporte de la Girl Scout a casa. Para la información de los Líderes, inicialice uno de los siguientes: Mi Girl Scout puede caminar a casa desde las Reuniones de la Tropa. Mi Girl Scout no puede caminar a casa de las Reuniones de la Tropa. Arreglaré su transporte a casa.
No permitiré que mi Girl Scout asista si no considero que ella o los miembros de mi hogar están en buenas condiciones físicas o si ella/miembros de mi hogar han estado expuestos a alguna enfermedad contagiosa.	Cancelación de emergencia Existe la posibilidad de que los Líderes Voluntarios tengan que cancelar inesperadamente una Reunión de Tropa.
Permiso para autoadministrar medicamentos: Confirmo que mi Girl Scout tiene los conocimientos	Le diré a mi Girl Scout qué hacer si surge una emergencia.
y habilidades necesarias, y disponibles, para autoadministrar los medicamentos de emergencia indicados según sea su medicamento requerido durante las actividades de Girl Scout. El líder de la tropa/primer ayuda de auxilio(s) serán notificado si tiene que usar su medicamento y no puede ayudar en la administración de dicho medicamento.	Actividades no programadas Ocasionalmente, la Tropa decidirá salir de su lugar de reuniones para una actividad específica. El destino de la Tropa será publicado en el lugar de reuniones regular, y el despido de la Tropa será del lugar de reunión regular en el momento regular. No se utilizarán vehículos para este tipo de actividad espontánea.
Permiso para proporcionar el tratamiento necesario o la atención de emergencia:	Daré permiso para que mi Girl Scout participe en actividades locales no programadas con su tropa durante la hora regular de la reunión de tropas.
En caso de emergencia, se hará todo lo posible para ponerse en contacto con un padre/tutor o contacto de emergencia. Si no se puede hacer contacto, por la presente doy autorización a Girl Scouts of Greater New York o a representantes de GSGNY para buscar una acción o tratamiento razonable para mi niña.	Fotografías Ocasionalmente, las fotos tomadas de las Girl Scouts durante las actividades de Las Girl Scouts se muestran en noticias locales o se utilizan con fines promocionales.
Participación en reuniones virtuales: Doy mi consentimiento para que mi Girl Scout participe en reuniones virtuales de GSGNY a través de la videoconferencia GSUSA Zoom y la recopilación de la información personal (nombre, correo electrónico, etc.) necesaria para unirse a la reunión en línea. Grabación de reuniones virtuales: Doy mi consentimiento para que las reuniones virtuales de GSGNY se registren con el entendimiento	 Doy permiso al Concilio de Girl Scouts de Greater New York, Inc. para usar fotos tomadas de mi Girl Scout durante las actividades de Girl Scout para la publicidad de Girl Scout. Certifico que este formulario de historial de salud es completo y preciso. No conozco ninguna razón, aparte de la información que se señala en este formulario, por qué mi Girl Scout no debe participar en actividades de Girl Scout.
de que las grabaciones solo se compartirían con otros miembros, voluntarios, miembros de la junta o personal de GSGNY, a menos que se proporcione consentimiento adicional para la publicación y distribución de la grabación.	

Fecha de la ______ firma del padre/tutor_____